Statistischer Bericht

über die

in den Jahren 1890—95 in der medizinischen Klinik von Geheimrat Prof. Dr. v. Ziemssen behandelten Fälle von

Pleuritis.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

hohen medizinischen Fakultät

der

kgl. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Albert Kochmann,
approb. Arzt aus Gleiwitz.

München 1899.
Kgl. Hof-Buchdruckerei Kastner & Lossen.

Statistischer Bericht

über die

in den Jahren 1890—95 in der medizinischen Klinik von Geheimrat Prof. Dr. v. Ziemssen behandelten Fälle von

Pleuritis.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

hohen medizinischen Fakultät

der

kgl. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Albert Kochmann,
approb. Arzt aus Gleiwitz.

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

München 1899.
Kgl. Hof-Buchdruckerei Kastner & Lossen.

Referent: **Herr Geheimrat Prof. Dr. v. Ziemssen.**

Meinen Eltern.

Die vorliegende Arbeit behandelt die Fälle von Pleuritis, welche in den Jahren 1890—1895 in der medizinischen Klinik von Geheimrat Professor Dr. von Ziemssen zur Behandlung gelangt sind. Es waren zusammen 282 Fälle und zwar 104 trockene, 161 exsudative Pleuritiden, darunter 16 haemorrhagische, 8 Empyeme, 2 Fälle von Sero- und 2 von Pyopneumothorax. Es sind dies nur die anscheinend primären Pleuritiden. Diejenigen, die sich auf der Abteilung im Anschlusse an eine Pneumonie entwickelten, oder die sich als sekundäre Lokalisation einer Allgemeininfektion (Rheum. art., Sepsis u. s. w.) zeigten, bleiben unberücksichtigt.

Fragen wir uns, welches der beiden Geschlechter häufiger befallen war, so betont schon von Ziemssen, ebenso wie alle übrigen Autoren, das Ueberwiegen des männlichen Geschlechtes. Damit stimmt unsere Statistik überein, da die Männer den doppelten Anteil, nämlich 63,5%, als die Frauen, 36,5%, lieferten. Ordnen wir unsere Pleuritiskranken nach dem Alter, so finden wir im Einklang mit den anderen Statistiken die meisten Erkrankungen in den Jahren von 21—30, (43%), sodann im Alter von 31—40 Jahren (20,5%). Kinder unter 10 Jahren finden wir unter unseren Fällen keine, hauptsächlich wohl, weil diese ins Kinderspital aufgenommen werden.

Hinsichtlich der Jahreszeit der Erkrankung hat Eichhorst angegeben, dass in seiner Klinik Pleuritis zeitweise, ähnlich wie Infektionskrankheiten, häufiger auftreten. von Ziemssen konnte dieses für München nicht bestätigen; auch bei unseren Fällen liess sich dies nicht konstatieren. Die meisten Pleuritiden wiesen die Frühjahrs- und Wintermonate (57,8%) auf; allerdings muss ein häufigeres Auftreten der Pleuritis im Januar und März zugegeben werden.

Ueber den Sitz der Erkrankung gibt Rosenbach an: „Beide Körperseiten besitzen wohl eine gleichmässige Disposition für die Erkrankung.“ Ihm gegenüber hoben Fraentzel und Eichhorst hervor, dass ein häufigeres Vorkommen linksseitiger Pleuritiden, als rechtsseitiger feststehe. Bei unseren 282 Fällen sass die Erkrankung 146 mal (51% linkerseits, 119 mal (42%) rechterseits, während in 17 Fällen beide Seiten erkrankt waren.

Wurden nun sämtliche Exsudate der Grösse nach geordnet, so konnte folgendes Resultat aufgestellt werden. Zwischen der 11. und 7. Rippe, jenem Stadium, in welchem nach Gerhardt eine Art Gleichgewichtslage zwischen Exsudat und Lunge statthat, blieben 49% stehen; von diesen erreichten den Skapularwinkel 37,5% der verglichenen Fälle, die Höhe des VII. Brustwirbels überschritten 42,7% und 8,3% zeigten eine totale Dämpfung der Brustseite.

Entsprechend der Menge der grossen Exsudate bestand eine Verdrängung des Herzens in 23 Fällen, der Leber nur in 7 Fällen.

Ich komme nun zu den subjektiven Symptomen der Pleuritis. Die stechenden Seitenschmerzen, welche

gewöhnlich die Pleuritis einzuleiten pflegen, fehlten bei der trockenen Pleuritis, wo sie ja die Hauptbeschwerden darstellen, nur in 12,5%, während sie in 24,3% der Exsudate vermisst wurden.

Was das zweite Symptom, den Husten, anbetrifft, so konnte derselbe nur in 10% der trockenen und 16% der exsudativen Pleuritis beobachtet werden. Dieses Zahlenverhältnis würde für die Auffassung Nothnagels sprechen, dass Reizung der Pleura an und für sich keinen Husten bedinge, sondern derselbe durch die Zerrung der Lunge bedingt ist. Auswurf hatten von sämtlichen Patienten nur 8. Natürlich wurden beide Symptome nur bei den Fällen berücksichtigt, wo keine andere Ursache dafür vorhanden war.

Sogar die Athembeschwerden, welche bei der Pleuritis sicca in 6%, bei der exsudativen in 28%, beim Empyem in 54% vorhanden waren, gaben nur einige Male zur Besorgnis Veranlassung.

Das Allgemeinbefinden war nur in den seltensten Fällen gestört, über Kopfschmerzen, Mattigkeit, Appetitlosigkeit wurde bei der trockenen in 8%, bei der exsudativen Pleuritis in 15% geklagt.

Nicht ohne Interesse ist es, den Exsudatstand mit der Höhe der Temperatur zu vergleichen. Der Verlauf des Fiebers hält nämlich mit dem Steigen und Fallen viel weniger Schritt, als man es im vornherein annimmt. Zunächst war in vielen Fällen überhaupt kein Fieber vorhanden; andrerseits stieg oft das Exsudat noch, wenn die Temperatur schon normal war. Dies wurde beobachtet vor und nach der Punktion. In anderen Fällen hielten hohe Temperaturen noch nach der Thoracocenthese an, während das

Exsudat sich nicht mehr erneuerte. Dann wiederum fiel die Entfieberung mit der Punktion zusammen, schliesslich sammelte sich das Exsudat nicht mehr nach der Thoracocenthese an, auch die Temperatur blieb normal. Von den 13 Empyemen verliefen 2 fieberlos, bei den anderen sank sofort nach der Resektion die Temperatur auf die Norm.

Ein Schüttelfrost zu Anfang der Erkrankung konnte bei Pleuritis sicca in 4,8%, bei Pl. exsudativa in 18,6% festgestellt werden.

Der Urin bot nur in 8 Fällen krankhafte Veränderungen, und zwar wurde 7 mal Eiweiss und 1 mal Zucker nachgewiesen.

Was die physikalischen Symptome anlangt, so war natürlich Dämpfung bei der exsudativen Pleuritis immer, bei der trockenen in 14,4% nachweisbar. Die Auskultation ergab bei den grossen Exsudaten ein vollständig aufgehobenes Athemgeräusch und einen aufgehobenen Pektoralfremitus, bei den kleineren waren beide Symptome abgeschwächt. Das eigentliche charakteristische Zeichen der trockenen Pleuritis, das pleuritische Reiben, fehlte nur in 11 Fällen, bei exsudativen fanden wir das Pleura-Reiben in 52 Fällen (32%). Von Interesse aber ist es, dass dieses Symptom beim Sinken des Exsudates, sei es, dass dieses durch einen operativen Eingriff oder durch Spontanresorption veranlasst, auffallend häufig, nämlich in 27% auftrat. Diese Erscheinung ist wohl dadurch zu erklären, dass beim Sinken der Exsudate die stellenweise Berührung beider Pleurablätter wiederum vorhanden war. Man kann demnach das häufige Auftreten des Pleura-Reibens nach der Punktion für einen günstigen Verlauf ansprechen.

Knistern und Rasselgeräusche, deren Auftreten man vor der Punktion wenig beobachtete, war nach derselben öfters zu hören, ein Vorgang, der wohl ohne Zweifel so zu erklären ist, dass die bisher komprimiert gewesenen Lungenpartieen sich wieder ausdehnten und der in ihren Bronchien angesammelte Schleim nunmehr unter Geräuschen von der eindringenden Luft hin und her bewegt wurde.

Bei der Auskultation der Stimme hörte man in einigen Fällen Bronchophonie, zuweilen auch jenen als Aegophonie bezeichneten meckernden nasalen Beiklang der Stimme.

Das metallische Plätschergeräusch, die sogenannte Succussio Hippokratis, war in den 4 Fällen von Serobeziehungsweise Pyopneumothorax deutlich zu hören. Bei drei Patienten war ein Durchbruch von der Lunge aus nach der Pleura erfolgt, während bei dem Fall Löw die Symptome des Pneumothorax einige Tage nach der Aspiration auftraten, demnach an das Eindringen von Luft bei derselben gedacht werden könnte.

Die arzneiliche Therapie wurde nach den allgemein üblichen Grundsätzen durchgeführt. Spontanresorption von Exsudaten trat insgesamt in 81 Fällen (50,3 %) ein, wovon in 33 Fällen (20,5 %) dieselbe durch Probepunktion angeregt worden ist. Bei zwei Empyemen trat ebenfalls die Spontanresorption ein. Im ganzen wurde die Probepunktion in 97 Fällen ausgeführt; wiederholt wurde dieselbe 24 mal und zwar in 15 Fällen 2 mal, in 9 Fällen 3 mal. Die Punktion wurde 40 mal gemacht, 6 mal wiederholt, in weiteren 6 Fällen zum 3. Male und in einem Fall 6 mal ausgeführt.

Während nach Naunyn in einer Sitzung nie mehr als 1000 ccm entleert werden sollen, entsprach in unseren Fällen die Menge der entleerten Flüssigkeit der Grösse der Exsudate; sie schwankte zwischen 120 und 2850 ccm, und zwar wurden unter 1000 ccm in 27, zwischen 1000 und 2000 ccm in 26, über 2000 ccm in 4 Fällen entleert. Bei einem Exsudate, das die ganze linke Seite einnahm, wurde in einer Sitzung 2850 ccm entleert. In einem schweren Falle (Bichlmaier) wurde durch 6 malige Punktion innerhalb von 126 Tagen eine Gesamtmenge von 9130 ccm Exsudates abgelassen.

Was nun den Zeitpunkt anbetrifft, zu welchem die Punktion gemacht worden ist, so wurde dieselbe bei den Exsudaten, die eine ganze Thoraxseite ausfüllten, sofort ausgeführt, einerseits um der dabei bestehenden Dyspnoë abzuhelfen, andrerseits um den bei diesen grossen Exsudaten zuweilen ganz plötzlich eintretenden Verschlimmerungen vorzubeugen. Bei den übrigen Exsudaten wurde die Aspiration erst nach 8—16 Tagen vorgenommen, wenn die Resorption trotz gegebener Diuretica nicht den gewünschten Fortschritt machte und man Verwachsungen befürchten musste, die der Lunge ihre frühere Ausdehnungsfähigkeit nicht mehr gestatten würden. Der Erfolg der Punktion war in der weitaus grössten Zahl ein sehr günstiger, denn das Exsudat fiel sofort und wurde in kurzer Zeit vollständig resorbiert; nur in einigen wenigen Fällen war wegen Wiederanstieges eine nochmalige Punktion notwendig. Die Art des Exsudates, ob serös oder haemorrhagisch, hatte darauf keinen Einfluss. Bei den Empyemen dagegen liess

man, mit Ausnahme von 2 Fällen, die von Anfang an zur Spontanresorption neigten, der Probepunktion die Resektion unmittelbar folgen. Hier war der Erfolg ein in die Augen springender; denn nicht nur, dass sich das Exsudat nicht mehr erneuerte, fiel sofort nach der Resektion das Fieber auf die Norm und stellte sich subjektives Wohlbefinden ein. Auf eine längere Besprechung der Erfolge der Therapie näher einzugehen, gehört nicht in den Rahmen dieser Arbeit.

Das spezifische Gewicht des Exsudates bewegte sich im allgemeinen zwischen 1017—1022, nur in 2 Fällen erreichte es die normale Grenze nicht, nämlich 1011 und 1015.

Ich komme nun zu der Aetiologie der Pleuritis.

In den Krankengeschichten, welche uns zur Verfügung standen, fand sich beim grössten Teil kein bestimmter Grund für die Erkrankung angegeben. Am häufigsten liess sich gleichzeitig mit der Brustfellentzündung Tuberkulose nachweisen, welche jetzt wohl allgemein als das meistens Primäre angesehen wird, in dem Sinne jedoch, dass durchaus nicht alle Fälle, bei denen eine Ursache zur Zeit nicht gefunden werden kann, auf Tuberkulose beruhen. Unter unseren 282 Fällen sind 141 Patienten, also gerade die Hälfte, bei denen die Tuberkulose nachgewiesen ist, oder die darauf verdächtig sind.

Als weitere Ursache wird ferner oft Erkältung bezeichnet. Eichhorst weist in seinem Lehrbuch der speziellen Phatologie und Therapie der Erkältung eine hervorragende Stellung zu, obwohl auch er an-

führt, dass die Laien bei ihrer grossen Neigung, alle Krankheiten auf Erkältung zurückzuführen, diese Schädlichkeit irrtümlich oder aus Gewohnheit beschuldigen. Aehnlich spricht sich Fraentzel in seinen Krankheiten der Pleura aus, dass von ihm bei genauer Aufnahme der Anamnese dieser Nachweis wirklich geführt werden konnte. Unsere Krankengeschichten bieten 8 Anamnesen, in denen Erkältung als direkte Ursache ihrer Erkrankung angegeben wird. Ueberanstrengung fand ich nur einmal, ein Trauma niemals in den Anamnesen als Erkrankungsgrund angeführt, vielleicht aus dem Grunde, dass bei Aufnahme derselben dieser Aetiologie zu wenig Beachtung geschenkt wurde. Ferner will ich nicht unterlassen, zu erwähnen, dass ich bei Durchsicht der Anamnesen gefunden habe, dass von den Patienten 31 schon einmal eine Pleuritis und 43 eine Pneumonie durchgemacht haben. Vielleicht, dass diese Erkrankungen sie zu einer neuen prädisponiert haben.

Nun wollen wir einen kurzen Ueberblick über die Heilung bezw. Besserung und über die Zeit, welcher die Kranken dazu bedurften, geben.

Dies lässt sich am besten durch folgende Tabelle erreichen:

Art der Pl.	Anzahl	Geheilt	Gebessert	Ungeheilt	Gestorben	Rétré-cissenat	Heilungsdauer im Durchschnitt	
							ohne Phtise Verdacht	mit Phtise Verdacht
							Tage	
Pl. sicca	104	72=692%	24=23%	8=7,69%	—	—	13,96	25,21
Pl. exsudative	161	66=41%	67=41%	18=11,2%	10=6,2%	6=3,7%	28,62	29,6
Empyem	13	6=461%	2=15,4%	—	5=38,5%	3=23%	39	97
Sero bezw. Pyopneumott	4	1=25%	—	1=25%	2=50%	—	—	80
Summa	282	145	93	27	17	9	—	—

Aus dieser Tabelle geht hervor, dass von den 282 Patienten 145 = 51,4 % als geheilt, 93 = 33 % als gebessert, 27 = 9,5 % als ungeheilt entlassen wurden. Die 145 Kranken, welche als vollkommen geheilt entlassen wurden, brauchten zu ihrer Wiederherstellung im Durchschnitt 25,63 Tage; 85 davon hatten eine vollkommen freie phthisenfreie Anamnese; ihre Heilungsdauer betrug durchschnittlich 20,14 Tage, während die 61 Patienten, die tuberkulös oder auf Tuberkulose verdächtig waren, 33,18 Tage im Durchschnitt zu ihrer Heilung brauchten.

Rétrécissement des Thorax trat bei der Pleuritis exsudativa in 6 Fällen = 3,7 % ein, während es beim Empyem in 3 Fällen = 23 % zu verzeichnen war.

Nach dieser unserer Zusammenstellung bietet der Erfolg der Krankenhausbehandlung ein überaus zufriedenstellendes Resultat. Doch wäre dasselbe ein noch besseres gewesen, wenn wir es nicht mit Patienten zu thun gehabt hätten, die der arbeitenden Klasse angehörten; denn diese warteten den Erfolg der Krankenhausbehandlung nicht ab, sondern verlangten, oft kaum gebessert, ihre Entlassung, um ihre Arbeit wieder aufnehmen zu können.

Es folgen nun die Krankengeschichten der Fälle von Empyem und Pneumothorax, welche in ein von Ewald angegebenes Schema gebracht sind: es gewährt klare Uebersicht über das Wichtigste des einzelnen Falles und erleichtert den Ueberblick über alle Fälle.

Em-

1. Ohne Verdacht oder

a) Zur Probe

Name, Alter, Stand, Datum der Aufnahme, Dauer des Aufenthaltes im Krankenhause	Frühere Krankheiten	Tag der Entstehung	Tag der Punktion bezw. Probepunktion	Fieber vor der Punktion
Fanauer Berthold, 34 J., Arbeiter, 23. I. 92—7. II. 92 15 Tage	—	Seit 17. I. heftiges Stechen im Rücken und in der linken Seite; Atembeschwerden	24. I. P. P. stark haemorrh. eitrig Exs. 28. I. P. P, haem. eitrig. Exs.	afebril

b) Re-

Brandhuber Magdal., 26 J., Kleidermach., 13. I. 90—17. III. 90 63 Tage	Vor 8 Wochen partus, sofort Puerperalfieber (40° bis 41°), das 4 Wochen dauerte	Seit 4 Wochen Fieber, heftiges Seitenstechen, Gelenkschmerz.	13. I. P. P. grünl. rahmiger Eiter. 14. I. Resektion. über 1000 ccm dünnflüssig. Eiter	f. l. am 14. I. f. g.
Reichl Louis, 49 J., Kesselschmied. 22. IX. 91—8. X. 91 17 Tage	Pleuro-Pneum. Beinbruch	Seit ca. 8 Tagen heftige Atembeschwerden, Seitenstechen, Mattigkeit	22. IX. P. P. dünnfl. eitr. Exs. 24. IX. P. P. eitrig. Exs. 25. IV. P. 1400ccm eitrig Exs. 29. IX. P. P. Resektion	f. l.
Heuler Hans, 35 J., Buchhalter, 18. III. 94—6. IV. 94. 19 Tage	Kinderkrankheiten	Seit einiger Zeit heftige stechende Schmerzen R., Atembeschwerden	19. III. P. P. negat. 28. III. P. P. seropurulenter Eiter 2. IV. P. P. stark eitrig. Exs. 4. IV. Resektion	f. g.

pyeme.

Nachweis von Phthise.

Punktierte.

Fieber nach der Punktion	Abriss aus der Krankengeschichte, Status vor der Punktion und Resektion	Status bei der Entlassung bezw. Sektionsbefund
afebril	Exs. L. H. U. handhoch. I. II. Exs. gleich hoch.	Geheilt. Lungengrenzen bereits wieder verschieblich. Atmungsgeräusch noch etwas schwach.

sektion.

afebril	Beiden Spitzen kurzer Schall; die ganze linke hintere Seite absolut gedämpft; 14. I. Rippenresektion (ca. 6 cm). Ueber 1000 ccm dünnflüssigen Eiters entleert. Drain eingelegt. Bei der Operation zeigt sich ganze Höhle mit starken Schwarten umgeben. Am Zwerchfell reichliche fibrinöse Auflagerungen. 15. I. Sekretion: dünnflüssig, rötl. Serum. 22. I. Ganz geringe Sekretion. Schöne Granulationen. 31. I. Wunde bis auf eine runde Oeffnung von 4—5 cm geschlossen. Amphorisches Atmen. 10. III. Dämpf. noch etwas oberhalb des ang. scap. 16. III. Fistel geschlossen.	Geheilt. Fistel geschlossen. Wunde vernarbt. Auf den Lungen Dämpf. nur über Handfläche, die bis in die Mitte der Achsel reicht. Ueberall reines Vesiculär-Atmen. Nur sehr geringes Rétrécissement.
f. l.	Exs. bis IV B. W. 25. IX. Exs. bis VI B. W. 29. IX. Rippenresektion (ca. 4 cm IX. Rippe) Entleerung einer reichlichen Menge eitrigen Exsudates mit massenhaft dicken Fibrinflocken.	†. Linke Pleurahöhle enthält mässige Massen haemorrh. Flüssigkeit. R. Pleurahöhle leer. An einer Stelle im rechten Unterlappen ein flacher vollständig abgesackter Eiterherd.
Abfall der Temp.	Exs. bis spina scap., Herzhypertrophie; Milztumor. I. IV. Exs. gesunken. 4. IV. Rippenresektion; Entleerung des Eiters.	†. R. Lunge allseitig verwachsen mit der Rippenwand durch dicke eitrige fibrin. Membranen. In der R. Pleurahöhle ein dickes mit eitrig-fibr. Flocken durchsetzt. Exs.

Name, Alter, Stand, Datum der Aufnahme, Dauer des Aufenthaltes im Krankenhause	Frühere Krankheiten	Tag der Entstehung	Tag der Punktion bezw. Probepunktion	Fieber vor der Punktion
Meier Peter, 27 J., Schreiner, 2. V. 94—2. VI. 94 31 Tage	Pleuritis	Seit 3 Wochen Atembeschwerden	2. V. P. P. gelbgrüne Eiter 4. V. Rippenresektion	afebril
2. Mit Verdacht oder				
a) Zur Probe				
Urban Therese, 27 J., Hausmagd. 12.XII.94—19.XII.94 7 Tage	Lungenentzündung	Plötzl. Stechen in der linken Seite	12. XII. P. P. eitrig. Exs.	f. l.
b) Re-				
Siglhofer Marie, 31 J., Taglöhnersfr., 6. III. 90—8. V. 90 63 Tage	Influenza	Seit einigen Tagen Fieber, Husten, Brustschmerz	6. III. P. P. rein serös. Exs. 8. III. P. 500 ccm serös. leicht getrübtes Exs. Spez. Gew. 1017 28. III. P. P. rein eitr. Exs. 29. III. Rippenresektion	f. g.
Schalk Josef, 25 J., Taglöhner, 10.V.90—16.VIII.90, 98 Tage	Mehrere Male Lungenentzündung, Typhus	Seit langer Zeit Schweratmigkeit, Husten mit reichl. Auswurf	14. V. P. P. haemorrh. eitrig. Exs. 15. V. Rippenresektion	f. l.

Fieber nach der Punktion	Abriss aus der Krankengeschichte, Status vor der Punktion und Resektion	Status bei der Entlassung bezw. Sektionsbefund
afebril	Exs. auf der ganzen linken Seite. 4. V. Rippenresektion (3 cm VII. Rippe). Entleerung von 3000 ccm dicken grünlichen Eiters. 6. V. Wohlbefinden; Wunde zeigt schönes Aussehen. Geringe Sekretion. Ausspülung mit Borsäure. 28. V. Beim Verbandwechsel entleeren sich 120 ccm eitriger Flüssigkeit.	Bedeutend gebessert. Ziemlich bedeutendes Rétrécissement.

Nachweis von Phthise.

Punktierte.

13. XII. afebril	L. H. U. Exs. bis Mitte der scap. 15. XII. Exs. scheint sich verringert zu haben; Dilatatio cordis. 19. XII. Dämpf. L. U. bedeutend aufgehellt; kein abgeschwächtes Atmen. Diurese noch sehr gering.	Gebessert. Auf Wunsch entlassen.

sektion.

afebril vom 23. III. f. l. nach Resektion afebril	Beide Spitzen gedämpft. Exs. bis Mitte der scap. 9. III. Nach Aspiration Erleichterung. 14. III. Exs. gestiegen. 29. III. Rippenresektion (3—4 cm der VIII. Rippe) 1500 ccm Eiter gemischt mit zahlreichen nekrotischen Fetzen; reichliche Streptokokkenkolonien. Nach der Operation bedeutende Erleichterung. 7. IV. Noch Schmerzen an der Wunde. 29. IV. Rétrécissent. Nur auf einer ganz kleinen Stelle Dämpf. Amphorisches Atmen. 4. V. Wunde fast vollkommen geschlossen.	Geheilt. Rétrécissement geringen Grades. Schwartenbildung.
afebril	Exs. H. bis zur spina scap. Vorn bis zur III. Rippe; sputum sehr reichlich und eitrig. 15. V. Rippenresektion (VII. Rippe) Entleerung von 1500 bis 2000 ccm grünlich gelben dicken Eiters Pat. hat gar kein sputum mehr. 24. V. H. R. von spina scap. ab tymp. Schall. 9. VI. Subj. Wohlbef., kein Husten und Auswurf. 31. VI. Höhle verkleinert sich von allen Seiten. 12. VII. Geringe Temp.	Geheilt.

Name, Alter, Stand, Datum der Aufnahme, Dauer des Aufenthaltes im Krankenhause	Frühere Krankheiten	Tag der Entstehung	Tag der Punktion bezw. Probepunktion	Fieber vor der Punktion
Scheller Julie, 18 J., Magd, 30. VI. 90—17. IX. 90 79 Tage	—	Vor 2 Tagen Erbrechen, Kopfschmerz, Stechen in der L. Brustseite	2. VII. P. P. serös. Exs. (Diplokokken) 23. VII. P. P. eitrig. Exs. Rippenresektion	f. g. u. l.
Spenger Max, 41 J., Kupferschmied, 29. XII. 91—26. V. 92 148 Tage	–	Vor 4 Jahren Geschwulst am Rücken. Seit 3 Wochen an dieser Stelle Fistel aus der Eiter hervorsickert	29. XII. P. P. rein eitrig Exs. 16. I. Resektion, wenig Eiter	f. l.
Rettinger Josef, 53 J., Taglöhner, 1. IX. 92—24. XII. 92, 114 Tage	Lungenentzündung,	Seit 3 Wochen Mattigkeit, Fieber, Kreuzschmerz, Schmerzen in der linken Brustseite	20. XII. P. P. negativ. 21. XII. eitr. Exs. 22. XII. P. P. negativ. 24. XII. P. P. eitrig. Exs. 24. XII. Rippenresektion	afebril
Beutelrock Isidor, 20 J., Kaufmann, 19. XI. 92—7. V. 93. 169 Tage	Typhus, Peritonitis, Scharlach, Masern, Keuchhusten	Seit Mai Atembeschwerden. Soll Punktion vorgenommen sein. 21 (?)	21. XI. P. P. leicht eitrig. Exs. 26. XI. Rippenresektion	f. l.

Fieber nach der Punktion	Abriss aus der Krankengeschichte, Status vor der Punktion und Resektion	Status bei der Entlassung bezw. Sektionsbefund
	Steigerung, Sekretstauung, Wiedereröffnung mit Sonde. Abfluss von mässiger Menge Eiters. Temp. Abfall. 30. VII. Fistel aus der Eiter sickert. 15. VIII. Befinden gut. Wunde geheilt.	
afebril	Pneumonie des linken Unterlappens. 17. VII. L. H. U. abs. Dämpf; anhaltend intermittierendes Fieber. P. P. ergibt seröses Exs. 23. VII. P. P. eitriges Exs. Rippenresektion (VIII. Rippe) Abfall der Temp. 15. VIII. Drainage entfernt. Wunde zeigt gutes Aussehen. Schwellung der Rachenorgane und Tonsillen. 6. IX. Resektionswunde geschlossen. Ueberall Vesikuläratmen.	Geheilt.
nach Durchbruch afebril vom 10. I. f. l. nach Resektion afebril	Exs. R. H. U. bis VIII B. W.; Otitis media. 3. I. Durchbruch des Empyems. Entleerung von 1500 ccm Eiters. 16. I. Rippenresektion (XII. Rippe). Wenig Eiter. 8. II. Epididymitis. 19. III. Im Harn mikroskopisch sehr viel Eiterkörperchen nachweisbar. Cystitis. 21. IV. Eiweissgehalt sehr gering. 8. V. Rechter Hoden sehr geschwollen, ebenso Inguinaldrüsen. 11. V. Schwellung abgenommen. 25. V. Hode nicht mehr geschwollen. Harn wenig Eiweiss.	Geheilt.
seit 16. XII. f. l. f. g.	20. XII. Exs. bis ang. scap.; pleur. Reiben. Nephritis chron. 22. XII. Exs. über ang. scap. 24. XII. Da Exs. steigt und Fieber vorhanden Rippenresektion (3 cm IX. Rippe) ca. $^3/_4$ l trüber bräunlich grüner Eiter entleert.	†. Pleurahöhlen leer. L. Lunge an der Oberfläche überall mit eitrig fibrinösem Belag. Pleura getrübt, an der Spitze ein paar käsige fibrinöse Herde.
afebril	Fistel unter ang. scap., aus der sich Eiter entleert. 25. XI. Ausgedehnte Dämpf. L. von oben bis unten. 26. XI. Rippenresektion (VIII. Rippe 3 cm). 900 ccm Eiter entleert, Ausströmen von Gas. 27. XI. Reichliche Menge Eiter	†. Linke Pleurahöhle enthält Luft; im hintern tiefern Teil rahmig schmutzig grüner Eiter. Pleura mit eitrig-fibrinösen Auflagerungen, im übrigen schwartig verdickt.

Name, Alter, Stand. Datum der Aufnahme, Dauer des Aufenthaltes im Krankenhause	Frühere Krankheiten	Tag der Entstehung	Tag der Punktion bezw. Probepunktion	Fieber vor der Punktion
Frank Xaver. 60 J., Schäffler. 15. V. 93—12. VI. 93. 28 Tage	Pleuritis. Scharlach	Seit 13. V. Stechen L.. Atembeschwerden	20. V. P. P. negativ. 29. V. P. P. schmutzig bräunlich eitrig. Exs. 31. V. Resektion	f. l.

Pneumo-

1. Mit Verdacht oder

a) Mit serösem

Voggenreuther A., 26 J., Taglöhner, 7. III. 90—27. III. 90, 20 Tage	—	Vor 5 Wochen Husten, seit 3 Wochen Magenschmerz und Seitenstechen. Am 4. III. kam es Pat. vor, als ob ihm etwas in der Brust herunterfiele	24. III. P. P. trüb-serös. Exs.	f. l.

Fieber nach der Punktion	Abriss aus der Krankengeschichte, Status vor der Punktion und Resektion	Status bei der Entlassung bezw. Sektionsbefund
	auf dem Verband. Ausspülung mit Borsäure. Seit 16. III. täglich Erbrechen. An der Wunde gute Granulation. Seit 25. IV. Auswurf von geringen Mengen eitrigen sputums. Tb.-Bacillen vorhanden.	Linke Lunge vollständig kollabiert. Im unteren und mittleren Teil eine mässige Zahl kirschgrosser Cavernen. R. Lunge: Im Oberlappen halbhühnereigrosse Caverne mit käsigen Eiter.
afrebil Collaps	Exs. bis ang. scap. 31. V. Wegen des Collaps-Zustandes des Pat. wird von einer typischen Rippenresektion Abstand genommen und eine Thorakoccenthese mittelst Thermokauters gemacht. Entleerung von ca. 1200 ccm sehr übel riechenden Eiters. 3. VI. Rippenresektion. In der Höhle kein Sekret. 12. VI. Bewusstseins-Störungen, Trachealrasseln.	†. Linke Lunge stark nach rechts verlagert; zum grössten Teil verwachsen; über dem Unterlappen nach hinten zu ein mit Exsudat gefüllter Raum. Ueber der linken Lunge zum grössten Teil eine derbe weissgelbe Schwarte (2—3 mm). In den grossen Bronchien zäher dicker Eiter.

thorax.

Nachweis von Phthise.

Exsudat.

seit 16. III. afebril	L. Lunge: von spina scap. bis ang. scap. gedämpft. tympan. Schall. R. Lunge: Spitze gedämpft. Unterhalb der clavicula beginnt tymp. tiefer Schall, der im Sitzen bis zum unteren Rand der IV. Rippe, im Liegen bis zum oberen Rand der IX. Rippe reicht. Pektoralfremitus aufgehoben; deutlich metallisch klingendes Succussionsgeräusch. Bedeutende Verdrängung der Nachbarorgane. 17. III. Exs. bis zum oberen Rand der III. Rippe. 20. III. Beträchtliche Somnulenz. 24. III. P. P. trüb seröses Exs. 26. III. Cyanose hochgradige Dyspnoe. Puls kaum fühlbar.	†. Bei Eröffnung der R. Pleurahöhle Luftaustritt. R. Pleurahöhle mit 3 l einer gelben, dicken, mit Fibrinflocken gemischten Flüssigkeit gefüllt. Lunge komprimiert. Pleura mit Fibrinflocken bedeckt. Komprimierte Lunge allseitig verwachsen. Linke Pleurahöhle enthält keine Flüssigkeit. R. Lunge faustgross von dicken Schwarten und Fibrin-Massen bedeckt. An der Spitze Pleura eingerissen. Daselbst hasselnussgrosse Caverne. Unterhalb derselben eine kleine stecknadelkopfgrosse Perforation, die

Name, Stand, Alter, Datum der Aufnahme, Dauer des Aufenthaltes im Krankenhause	Frühere Krankheiten	Tag der Entstehung	Tag der Punktion bezw. Probepunktion	Fieber vor der Punktion
Löw Franz, 21 J., Bäckergehilfe, 29. XI. 89—6. V. 90, 126 Tage	Seit 4 Jahren Husten und starke Nachtschweisse	Seit 3 Tagen Fieber, Atemnot, Schüttelfrost	2. XII. 89 P. P. serös. Exs. 14. II P. 1500ccm trüb-serös. Exs.	f. l. u. f. g.
			b) mit eitrigem	
Holzapfel Josef, 49 J., Schuhmacher, 5. IV. 90—24. VI. 90, 80 Tage	Meningitis	Seit 3 Wochen Husten und Schmerzen in beiden Brustseiten	13. IV. P. P. trüb-serös. Exs. P. ca. 100 ccm trüb-serös. Exs. von foetiden Geruch. 26. IV. P. P. eitrig. Exs. 4. V. eitrig. Exs. 18. V. kein Exs.	f. g., f. l.

Fieber nach der Punktion	Abriss aus der Krankengeschichte, Status vor der Punktion und Resektion	Status bei der Entlassung bezw. Sektionsbefund
		in eine kleine Caverne führt. Mittlerer und unterer Lappen verwachsen. Caverne an der Spitze mit käsiger Masse gefüllt. Unterer Lappen mit Fibrinmassen bis 1 cm dick bedeckt.
abwechselnd seit 15. IV. afebril	Von Mitte der scap. intensive Dämpf. 5. XII. Exs. gestiegen. 11. XII. Pat. sehr somnolent, Puls klein; Campher-Injekt. 25. XII. beide Supraclavicular-Gruben gedämpft; auf der R. Spitze bronchiales Atmen; 13. II. Exs. plötzlich angestiegen. 14. II. Aspiration 1500 ccm trüb seröser Flüssigkeit. Subj. Befinden gut. 22. II. L. V. hell tympanitischer Ton im Liegen; im Sitzen Dämpf. bis VI B. W. Deutliche Succussio Hippocratis. 26. II. Exs. wieder angestiegen. 14. III. Exs. im Liegen oberer Rand der IV. Rippe. Noch Succussio Hippocratis 30. IV. Exs. bis zur III. Rippe.	Ungeheilt. Auf Wunsch entlassen. Status idem wie am 30. IV.
Exsudat.		
afebril	R. Spitze bedeutend heller. Von der III. Rippe abwärts Dämpf. 13. IV. P. P. u. P. ca 100 ccm trüb-serösen Exsudates von foetidem Geruch. 23. IV. R. H. U. nahe der Wirbelsäule eine Stelle mit tymp. Perkussionsschall, welcher beim Schütteln des Pat. einen hohen Plätscherschall (Succ. Hippocratis) giebt. 26. IV. Plötzliche Temp. Steigerung. R. H. U. von der Mitte der scap. absolute Dämpf.; sputum eitrig. P. P. eitrig übelriechendes Exs. Durch Aspiration ca. 1000 ccm übel riechenden höchst jauchigen Exs. 2. V. Exs. wieder angestiegen bis zur spina scap.; foetid eitrig. sputum. 4. V. Durch Thorakoccenthese viel jauchiger Eiter entleert, 2 Drains eingelegt; sofort Abfall der Temp. Kein Auswurf eitriger Massen. 18. V. R. H. U. fast bis zum	Geheilt. Fistel ist geheilt ohne Reaktion.

Name, Alter, Stand, Datum der Aufnahme, Dauer des Aufenthaltes im Krankenhause	Frühere Krankheiten	Tag der Entstehung	Tag der Punktion bezw. Probepunktion	Fieber vor der Punktion
Beck Josef, 27 J., Maurer, 16. IV. 91—25. IV. 91, 9 Tage	Phthise	Seit 3 Wochen bemerkt Pat. Plätschern L., seit einiger Zeit Schmerzen in der linken Seite	16. IV. P. P. eitrig. Exs. mit Tb.-Bacillen. 22. IV. Incision ca. 1000 ccm eitrig. Exs.	f. l.

Fieber nach der Punktion	Abriss aus der Krankengeschichte, Status vor der Punktion bezw. Resektion	Status bei der Entlassung bezw. Sektionsbefund
	ang. scap. wieder Dämpf. Punktion kein Exs. 21. V. Exs. gestiegen. 23. V. Fistel wieder geöffnet; wird erweitert und es entleeren sich ca. 200 ccm gelb grünen schwach foetid riechenden Eiters. 29. V. Kein Sekret, kein Husten, überall Lungenschall.	
f. l. Collaps	Exs. bis IX. B. W. 22. IV. In der Höhe des IX B. W. im Interkostal-Raum ungefähr 15 cm lange Incision, auf welche zuerst Luft entweicht, der 1000 ccm gelb grünen übelriechenden Eiters folgt.	†. Sektionsbericht fehlt.

Zum Schluss ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Prof. Dr. von Ziemssen, sowie Herrn Privatdozenten Dr. Sittmann für die gütige Ueberlassung des Materials und Unterstützung meinen besten Dank auszusprechen.